Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2418

Vragen van het lid **Wolbert** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het onderzoek dat er op wijst dat thuisbevallingen voor vrouwen met een lagere sociaaleconomische status onveiliger zijn* (ingezonden 6 april 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 april 2016).

Vraag 1
Kent u het artikel in medisch contact «Thuisbevalling riskanter in arm gezin»?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Wat is uw mening over de (meer)waarde van dit onderzoek dat factoren die van invloed kunnen zijn op het risico op perinatale sterfte uitsluit, door een econometrische analyse toe te passen?

Antwoord 2
Vooropgesteld dat ik geen wetenschapper ben, lijkt het mij dat onderzoek vanuit een ander onderzoeksperspectief, zoals in dit geval de econometrie, een meerwaarde kan hebben naast andere typen van onderzoek.

Vraag 3
Wat is uw mening over de conclusie van dit onderzoek dat voor de groep vrouwen met een lagere sociaaleconomische achtergrond de thuisbevalling onveiliger is dan een (poli) klinische bevalling, terwijl thuisbevallingen wel veilig lijken te zijn voor vrouwen met een hogere sociaaleconomische status?

Antwoord 3
Het is aan de beroepsgroepen in de geboortezorg om dit onderzoek nader te bestuderen en naast andere onderzoeken te betrekken bij richtlijnontwikkeling.

[1] Medisch Contact 13/31 maart 2016, blz. 16–18

ah-tk-20152016-2418
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2016

Vraag 4
Wat vindt u van de suggestie van de onderzoekers dat de communicatie met de verloskundige bij vrouwen met een lagere sociaaleconomische status moeilijker verloopt, en dat daardoor risicoselectie minder goed plaatsvindt? Welke andere onderzoeken zijn er die wijzen op een verband tussen onvoldoende scherpe risicoselectie en perinatale sterfte? Welke gevolgen voor uw beleid verbindt u hieraan?

Antwoord 4
Goede communicatie is essentieel in de zorg en dus ook in de verloskundige zorg. Zorgverleners moeten continu hun communicatie afstemmen op degene die voor hen zit. Laaggeletterdheid is daarbij een bekend probleem. Verloskundigen kunnen hiervoor een speciale training (effectief communiceren met laaggeletterden) volgen. Zoals het artikel ook al aangaf zijn er veel methodologische problemen die het erg lastig maken om definitief bewijs te vinden voor een adequate risicoselectie. Met name sociaal-psychologische factoren (vrouwen in achterstandsituaties) zijn waarschijnlijk belangrijk, maar nog onvoldoende onderzocht of nog in onderzoek. Er lopen bij ZonMw verschillende onderzoeken in Nederland waarbij instrumenten worden getest en ontwikkeld die de risicoselectie zouden kunnen verbeteren. Voor zover mij bekend, loopt er in Nederland geen onderzoek naar een verband tussen onvoldoende scherpe risicoselectie en perinatale sterfte. Mocht blijken dat in het veld deze behoefte leeft, dan ligt het voor de hand om een dergelijke vraag in een (vervolg)programma zwangerschap en geboorte bij ZonMw aan de orde te laten komen. Dit vervolgprogramma is nog in ontwikkeling.

Vraag 5
Onderschrijft u de conclusie van de onderzoekers dat gezocht moet worden naar innovatievere onderzoeksmethoden om tot duidelijke conclusies te komen ten aanzien van de discussie over de veiligheid van de thuisbevalling of poliklinische bevalling, en de vraag voor welke groepen deze veilig is? Zo ja, op welke manier kunt en gaat u dit vervolgonderzoek stimuleren?

Antwoord 5
Goed en vernieuwend onderzoek is altijd belangrijk en zal zijn weg kunnen vinden via de diverse onderzoeksprogramma's en geldstromen. Ik heb ZonMw gevraagd om, in samenwerking met het College Perinatale Zorg (CPZ) en de betrokken partijen, te komen met een vervolg op het programma Zwangerschap en Geboorte. Ik wacht dat voorstel af.

Vraag 6
Bent u het eens met de stelling dat het verstandig is conservatiever te zijn bij vrouwen met een zwakkere sociaaleconomische achtergrond, bij hen eerder aan zorg aan de tweede lijn te denken, en eerder op een poliklinische bevalling aan te sturen dan op een thuisbevalling? In hoeverre denkt de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) hier ook zo over? Bent u bereid in overleg met de KNOV dit punt nadrukkelijk te bespreken, en daar ook afspraken over te maken?

Antwoord 6
Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties is één van de zeven aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte uit 2010. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft zowel in 2013 als in 2015 gekeken in hoeverre deze aanbeveling in de praktijk is geïmplementeerd. Het laatste onderzoek van de inspectie (maart 2016) laat zien dat de plannen voor de zorg voor zwangeren in achterstandsituaties in veel verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) nog definitief moeten worden ingevoerd. De inspectie verwacht dat alle VSV's in 2016 hun beleid hebben vastgesteld en dit zullen uitvoeren. Het beleid rondom zwangeren in achterstandsituaties is uiteraard veel breder dan alleen de keuze voor een bevallingslocatie. Ik ben voorstander van integrale geboortezorg en ik vind een integrale aanpak voor alle zwangeren en met name voor zwangeren in achterstandsituaties van belang. De KNOV is zich eveneens goed bewust van de kwetsbare zwangere en is een multidisciplinair project «Kwetsbare zwangere» gestart. Er is regelmatig contact tussen ambtenaren van VWS en

medewerkers van de KNOV. Ik blijf het onderwerp «kwetsbare zwangere» in dat gremium aan de orde laten stellen.

Vraag 7, 8 en 9
Deelt u de mening dat, gezien de conclusie van dit onderzoek, een eigen bijdrage voor poliklinische bevalling ongewenst is, omdat juist vrouwen met een lagere sociaaleconomische status hierdoor eerder voor een thuisbevalling kiezen, terwijl dat in hun situatie juist onveiliger lijkt te zijn?
Deelt u voorts de mening dat dit onderzoek aangeeft dat de eigen bijdrage voor bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie betekent dat vrouwen met een lagere sociaaleconomische status geen gelijke kans hebben op een gezonde bevalling en een baby met een goede start? Zo nee, waarom niet?
Bent u bereid de eigen bijdrage voor bevallen in het ziekenhuis zonder medische indicatie nu af te schaffen? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid dan tenminste de indicatie te verruimen door ook een sociale indicatie te laten gelden voor een bevalling in het ziekenhuis? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7, 8 en 9
Voor de poliklinische bevalling in het ziekenhuis is geregeld dat naast (strikt) medisch-inhoudelijke criteria ook zorggerelateerde criteria gelden die meewegen bij de indicatie voor poliklinisch bevallen voor rekening van de Zorgverzekeringswet. Bij die zorggerelateerde criteria gaat het bijvoorbeeld om langere afstand tot het ziekenhuis of een onhygiënische plaats voor thuisbevalling. Deze zorggerelateerde criteria heeft het College Perinatale Zorg samen met het veld opgesteld en deze zijn begin 2014 gepubliceerd. Deze criteria bieden een oplossing voor vrouwen in achterstandssituaties. Ik ben het daarom ook niet eens met de stelling dat er geen gelijke kans is voor vrouwen met een lagere sociaal economische status om een gezonde bevalling te hebben. Overigens is al het stuurgroepadvies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2010) geconstateerd dat er meer aandacht moet zijn voor vrouwen in een kwetsbare positie. Door Zorgverzekeraars Nederland is een «businesscase» opgesteld met betrekking tot dit onderwerp. Ik heb het Zorginstituut gevraagd mij hierover te adviseren. Ik verwacht de reactie van het Zorginstituut voor augustus 2016 te ontvangen en zal uw Kamer dan nader informeren.